

वित्तीय सहायता मूल्यांकन

फोन: 314-362-8400 या 855-362-8400 | ईमेल: patacct@bjc.org | फैक्स: 314-747-6977

महत्वपूर्ण: आप मुफ्त या छूट वाली सेवा प्राप्त करने के पात्र हो सकते(ती) हैं। इस आवेदन से BJC HealthCare को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि क्या आपको मुफ्त या छूट वाली सेवाएं हासिल हो सकती हैं या आप अन्य सार्वजनिक योजनाओं के पात्र हैं जिससे आपको स्वास्थ्य सेवाओं के भुगतान में मदद मिल सकती है।

यदि आप बीमाकृत नहीं हैं, तो मुफ्त या छूट वाली सेवाओं की पात्रता हेतु किसी सोशल सिक्योरिटी नंबर की आवश्यकता नहीं है। हालाँकि, Medicaid सहित कुछ सार्वजनिक योजनाओं के लिए एक सोशल सिक्योरिटी नंबर की आवश्यकता होती है। सोशल सिक्योरिटी नंबर देना आवश्यक नहीं है, हालाँकि इससे अस्पताल को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि आप किसी सार्वजनिक योजना के पात्र हैं या नहीं।

कृपया इस फॉर्म को पूरा करें और व्यक्तिगत रूप से या पी.ओ. पर मेल द्वारा बॉक्स 790024, सेंट लुइस, MO 63179-0024, इलेक्ट्रॉनिक मेल द्वारा patacct@bjc.org, या फैक्स 314-747-6977 द्वारा शुरुआती बिलिंग की तारीख के 240 दिनों के भीतर मुफ्त या छूट वाली देखभाल के लिए आवेदन करने के लिए अस्पताल में जमा करें।

रोगी यह स्वीकार करता है कि उसने आवेदन में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करने का ईमानदार प्रयास किया है ताकि अस्पताल को यह निर्धारित करने में सहायता मिल सके कि रोगी वित्तीय सहायता के लिए पात्र है या नहीं।

यदि रोगी इलिनॉय का निवासी है, बीमाकृत नहीं है और एल्टन मेमोरियल अस्पताल, मेमोरियल अस्पताल बेलेविले या मेमोरियल अस्पताल शिलोह में सेवाएं प्राप्त करता(ती) है, तो अभीमाकृत रोगी छूट आवेदन प्रक्रिया या अस्पताल वित्तीय सहायता प्रक्रिया के बारे में शिकायतें या चिंताएं स्वास्थ्य देखभाल ब्यूरो को इलिनॉय अटॉर्नी जनरल की वेबसाइट

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html> पर या 877-305-5145 पर कॉल करके सूचित की जा सकती हैं।

वित्तीय सहायता मूल्यांकन

फोन: 314-362-8400 या 855-362-8400 | ईमेल: patacct@bjc.org | फैक्स: 314-747-6977

रोगी की जानकारी			
रोगी की नाम	जन्मतिथि	रोगी का सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	
नस्ल (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	जातीयता (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	लिंग (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)	वरीय भाषा (वैकल्पिक और अनिवार्य नहीं)
रोगी		बिल के लिए उत्तरदायी व्यक्ति	
क्या आप सेवा के समय इतिनाय का निवासी हैं? हाँ _____ नहीं _____		नाम	
सड़क		सड़क	
शहर, राज्य पिन कोड		शहर, राज्य पिन कोड	
फोन: ()		फोन: ()	
ईमेल:		ईमेल:	
रोजगार सम्बन्धी जानकारी			
रोगी का नियोक्ता	जीवनसाथी/पार्टनर/अभिभावक का नियोक्ता		
सड़क	सड़क		
शहर, राज्य पिन कोड	शहर, राज्य पिन कोड		
फोन: ()	फोन: ()		
अन्य जानकारी			
1. क्या रोगी किसी कथित दुर्घटना में शामिल था(थी) जिसके कारण सेवाओं की आवश्यकता पड़ी?	हाँ _____	नहीं _____	
2. क्या रोगी किसी कथित अपराध का शिकार था(थी) जिसके कारण सेवाओं की आवश्यकता पड़ी?	हाँ _____	नहीं _____	
3. रोगी के परिवार और/या घर में व्यक्तियों की संख्या?			
4. रोगी पर आश्रित* व्यक्तियों की संख्या?			
5. रोगी पर आश्रित* व्यक्तियों की उम्र?			
6. सेवा के समय या बाद में, क्या रोगी तलाकशुदा था/है या अलग हो गया था/है या वैवाहिक विघटन की कार्यवाही में शामिल था/है?	हाँ _____	नहीं _____	
7. सेवा के समय या बाद में, क्या रोगी ऐसे माता-पिता पर आश्रित था/है जो तलाकशुदा हैं या अलग हो गए हैं या वैवाहिक विघटन की कार्यवाही में शामिल हैं?	हाँ _____	नहीं _____	
8. यदि प्रश्न 6 या 7 में से किसी का भी उत्तर हाँ है, तो तलाक या अलगगव समझौते या आदेश के अनुसार रोगी की चिकित्सा देखभाल के लिए कौन जिम्मेदार है?			
नाम: _____		संबंध: _____	
पता: _____		शहर, राज्य, पिन कोड: _____	
फोन: () _____			
*आश्रित का अर्थ है एक नाबालिग या कोई भी व्यक्ति जो किसी अन्य व्यक्ति के फेडरल टैक्स रिटर्न पर आश्रित के रूप में सूचीबद्ध है।			

नीचे दिए गए सेक्शन में सभी बीमा कवरेज की सूची बनाएं जो प्राप्त सेवा से संबंधित हैं**

बीमा प्रकार	बीमा नाम	पॉलिसी नंबर	समूह नंबर
स्वास्थ्य बीमा			
Medicare			
Medicare Supplement			
Medicaid			
वयोवृद्धों के लाभ			

मासिक आय और खर्च**

(आय के प्रमाण के रूप में निम्नलिखित दस्तावेजों में से कोई एक संलग्न करें)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| A. नवीनतम टैक्स रिटर्न | D. यदि नगद भुगतान होता हो तो नियोक्ता का लिखित आय सत्यापन |
| B. नवीनतम w-2 फार्म और 1099 फार्म्स | E. नॉन-फाइलिंग का साक्ष्य (IRS फार्म 4506) |
| C. दो (2) नवीनतम वेतन स्टब्स | |

आपके आवेदन को प्रोसेस करने के लिए आय जानकारी देना अनिवार्य है

	रोगी	जीवनसाथी/पार्टनर	माता-पिता/अभिभावक
सकल मासिक वेतन			
स्व-रोजगार आय			
सोशल सिक्योरिटी			
सोशल सिक्योरिटी अक्षमता			
व्यक्तिगत अक्षमता			
सेवानिवृत्त सैनिक अक्षमता			
सेवानिवृत्त सैनिक की पेंशन			
बेरोजगारी			
कर्मचारी का भुगतान			
सेवानिवृत्ति आय			
बाल सहयोग			
गुजारा भत्ता या दूसरे जीवनसाथी का समर्थन			
जरूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (TANF)			
अन्य जानकारी, बताएं			

खर्च	मासिक खर्च
निवास	
उपयोगिताएं (जैसे टेलीफोन, गैस, बिजली, पानी)	
भोजन	
बच्चे की देखभाल	
परिवहन	
चिकित्सीय खर्च	
अन्य खर्च	

**अपवाद: यदि रोगी इलिनॉय का निवासी है, अभीमाकृत है और एल्टन मेमोरियल अस्पताल, मेमोरियल अस्पताल बेलेविले या मेमोरियल अस्पताल शिलोह में सेवाएं प्राप्त करता(ती) है और 77 ILAC 4500.40 में वर्णित अनुमानित पात्रता मानदंडों को पूरा करता(ती) है या अन्यथा पारिवारिक आय के आधार पर अनुमानित रूप से पात्र है, तो रोगी को आवेदन के इस सेक्शन को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।

यदि रोगी NHSC साइटों पर प्रदान की जाने वाली सेवाओं से संबंधित मदद के लिए आवेदन कर रहा(हो) है, तो रोगी को आवेदन के बीमा और खर्च सेक्शन को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है। NHSC संस्थानों में मिसेरी बैपटिस्ट सुलिवन हॉस्पिटल बर्बन मेडिकल ऑफिस, क्यूबा मेडिकल ऑफिस, स्टीलविले मेडिकल ऑफिस, और सुलिवन मेडिकल ऑफिस; तथा पार्कलैंड हेल्थ सेंटर मेडिकल क्लिनिक शामिल हैं।

वित्तीय स्थिति के संबंध में अन्य उपयुक्त जानकारी संलग्न करें

प्रमाणन: मैं प्रमाणित करता(ती) हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं किसी भी राज्य, संघीय या स्थानीय मदद के लिए आवेदन करूंगा(गी) जिसके लिए मैं इस अस्पताल के बिल का भुगतान करने में सहायता के लिए पात्र हो सकता(ती) हूँ। मैं समझता(ती) हूँ कि प्रदान की गई जानकारी BJC HealthCare द्वारा सत्यापित की जा सकती है, तथा मैं उन्हें इस आवेदन में दी गई जानकारी की सटीकता को सत्यापित करने के लिए तीसरे पक्ष से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता(ती) हूँ। मैं समझता(ती) हूँ कि यदि मैं जानबूझकर इस आवेदन में असत्य जानकारी प्रदान करता(ती) हूँ तो मैं वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य हो जाऊंगा(गी), मुझे दी गई कोई भी वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है, और मैं बिलों के भुगतान के लिए जिम्मेदार हो जाऊंगा(गी)।

रोगी/जिम्मेदार पक्ष के हस्ताक्षर:

तिथि: